

LA TUBERCULOSE

N° 17

ET

LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE EN ALGÉRIE

CE QU'ON A FAIT, CE QU'IL FAUT FAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Décembre 1907

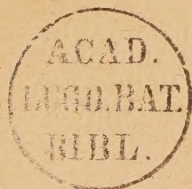
PAR

Adrien de MOUZON

Né à Tenict-el-Kâd, Département d'Alger (Algérie)

le 25 Septembre 1883

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
SARDA ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (*).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeur adjoint : M. DE ROUVILLE

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, agrégé lib.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEIRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la Thèse

MM. BAUMEL, <i>président</i> .	MM. SOUBEIRAN, <i>agrégé</i> .
DUCAMP, <i>professeur</i> .	LAGRIFFOUL, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

DE MOUZON.

A MON MAÎTRE
M. LE PROFESSEUR CRESPIN

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER ET DE L'HOPITAL CIVIL
DE MUSTAPHA

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR BAUMEL
PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

DE MOUZON.

Avant d'aborder l'étude de ce modeste travail, c'est pour nous un bien doux devoir de venir témoigner publiquement notre profonde reconnaissance à nos parents chéris, dont nous avons tant mis à contribution pendant de bien longues années et le dévouement sans bornes et la généreuse bonté.

Et c'est pour nous une satisfaction non moins grande d'avoir à confondre dans le même sentiment de reconnaissance Monsieur le Professeur Crespin, un de nos maîtres et non le moins aimé, dont nous avons eu l'honneur et le bonheur d'être l'interne pendant tout notre long séjour à l'ambulance d'El-Kettar, et qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Qu'il reçoive les remerciements les plus chaleureux de son élève pour le précieux enseignement qu'il lui a donné et pour l'accueil cordial qu'il lui a toujours réservé.

Que Monsieur le Professeur Brault dont nous avons suivi assidûment le service pendant 6 mois, mais que des circonstances imprévues nous ont fait abandonner vers la fin de nos études soit assuré de notre profonde gratitude.

Que Messieurs les Professeurs Scherb et Cabanes qui nous ont initié l'un à l'étude de la médecine, l'autre à celle

de la chirurgie, soient assurés de notre plus grand dévouement.

Que Messieurs les Professeurs Ardin-Delteil, Cange, Curtillet, Goinard, Rouvier, Soulié, Vincert, ainsi que nos maîtres de l'Hôpital civil de Mustapha, Messieurs les Docteurs Battarel, Gillot, Sabadini, Dumolard, Lemaire, Pélisard, Warot, dont nous avons suivi assidûment les Cliniques et les leçons, soient assurés de notre plus profonde reconnaissance.

Enfin nous ne saurions oublier des amis du Lycée et de l'Hôpital avec qui nous avons tant de souvenirs communs ; que ces camarades Messieurs les Docteurs Delemontey, Foltz, Hück, Karouby, Lévy, Pellat et Tardres en compagnie desquels les soirées de garde furent si agréables et dont le souvenir malgré le temps et la distance ne s'effacera jamais, soient assurés de notre inaltérable et éternelle amitié.

LA TUBERCULOSE

ET

LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

EN ALGÉRIE

LA TUBERCULOSE EN ALGÉRIE

SON IMPORTANCE

DIFFICULTÉS DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

La lutte antituberculeuse, engagée dans tous les pays du monde, ne doit pas être négligée dans les colonies. Les colonies sont généralement des pays chauds. Il s'ensuit que la guerre à la tuberculose dans les colonies doit s'inspirer des conditions spéciales rencontrées sous des latitudes plus basses que la métropole, du climat, de l'hygiène générale, de l'hygiène de l'habitation, de l'alimentation, etc... En ce qui concerne plus particulièrement l'Algérie, il faut convenir que les documents sont peu abondants et que les recueils ayant trait à la lutte antituberculeuse en France ne mentionnent même pas l'Algérie. Je n'en veux pour preuve que l'excellent livre publié à l'occasion du Congrès International de la tuberculose (Paris, 2-7 octobre 1905) et intitulé : *La lutte antituberculeuse en France*, qui énumère complaisamment toutes

les œuvres disséminées dans les départements français, mais ne mentionne nullement les œuvres algériennes. Lacune regrettable, et qui montre combien la métropole prête peu attention aux efforts des travailleurs isolés dans la colonie.

Est-ce une raison pour se décourager ? Nous ne le croyons pas, et il n'est pas douteux que la persévérance dans le labeur désarme l'indifférence la plus profonde, et qu'un jour proche ou lointain, les recherches et les études des médecins et des hygiénistes algériens seront appréciées et mises en relief.

Ce qui est vrai pour la tuberculose l'est également pour beaucoup d'autres questions d'un intérêt algérien évident, et qui sont absolument ignorées en France. Ainsi, qui donc connaîtra, en France, l'existence des eaux minérales de l'Algérie ? Disons cependant qu'un revirement se produira certainement dans un bref délai, à *cet égard*, après le remarquable rapport de M. le professeur Hanriot sur les stations thermales algériennes.

Il ne faut incriminer personne en constatant de telles vérités. Peut-être cependant l'intérêt qui devrait, en Algérie, s'attacher à toutes les questions d'ordre hygiénique, n'est-il pas assez manifeste pour se communiquer à la métropole ? Dans ce cas, tous ceux qui, à des titres divers, détiennent une parcelle de la puissance publique, seraient coupables de n'avoir pas créé dans la colonie un état d'esprit favorable aux entreprises d'hygiène et de prophylaxie générales.

Or, on observe un fait singulier en Algérie : c'est que le représentant de la France en ce pays, reconnaît par ses discours et par ses actes l'importance de l'hygiène, alors que les Assemblées élus s'en soucient peu. Les municipalités en particulier sont indifférentes aux choses de l'hygiène. Bien plus, elles semblent rivaliser pour restreindre l'air et la lumière aux habitants de la cité. Des constructions s'élèvent de toutes parts, en sorte que les espaces libres disparaissent, et les

espaces libres, comme on l'a dit, représentent les poumons de la ville. Alger notamment s'est, depuis 10 ans, transformé ou plutôt déformé. Devant la main-d'œuvre industrielle et active, la mer a reculé et le ciel s'est voilé. Tel jardin qui, il y a quelques années, faisait les délices des enfants, s'est vu envahir par des maisons de rapport, dont la haute stature semble narguer l'hygiéniste gêneur, que l'on relègue au rang des Cassandres improductifs.

La fièvre de construction, voilà un des maux, disons un des vices, de l'Algérie actuelle, puisque cette fièvre n'est pas tempérée par le souci de la bonne hygiène, qui devrait présider à toute édification nouvelle en territoire colonial.

Sans doute, le désir de s'enrichir est un mobile honorable, comme la recherche du bonheur sur cette terre, mais un tel désir ne doit pas être aveugle, et doit être mis en parallèle avec un précepte bien connu, formulé par Rochard : « Toute dépense en matière d'hygiène est une économie. »

Que l'on construise haut et beau, très bien, mais que l'on construise hygiéniquement, ce sera mieux. Nous savons, par exemple, que la loi du 15 février 1902 exige un permis de bâtir, accordé après constatation que les plans et devis sont conformes aux règles de l'hygiène. Si cette loi était appliquée en Algérie, il faut convenir que les fonctionnaires chargés de délivrer ledit permis de bâtir, ne seraient pas inoccupés dans les grandes villes de l'Algérie.

L'hygiène de l'habitation est cependant ce qui doit nous préoccuper, surtout en matière de lutte antituberculeuse. Une habitation étriquée, peu confortable, conduit les habitants au cabaret, et c'est au cabaret que l'on se fabrique un terrain apte à développer la terrible maladie. La tuberculose se prend sur le zinc, aphorisme qui est toujours vrai, mais n'exclut pas d'autres causes très puissantes de contamination et de propagation tuberculeuses.

Ce massacre des places, des jardins, des grandes artères, montre donc un défaut d'éducation hygiénique chez les particuliers, et une indolence profonde de leurs mandataires élus, l'une étant naturellement les conséquences de l'autre.

Du reste, il faut une énergie digne des héros de Plutarque, pour pouvoir, dans un milieu anti-hygiénique, réclamer au nom de l'hygiène. Un petit exemple le fera comprendre. En 1903, la Commission d'hygiène de la ville d'Alger avait élaboré un arrêté, *pas draconien* du tout, réglementant la vente du lait en ville, et assurant la surveillance des laitiers qui d'ordinaire traversent les rues avec célérité, surtout quand un agent municipal est en vue. Cet arrêté s'inspirait de ceux en vigueur dans un certain nombre de villes.

Il fut affiché sur les murs, revêtu de la signature du maire et de l'approbation préfectorale. Cela fit un beau tapage dans le monde des laitiers qui, paraît-il, ont une puissance électorale redoutable. Les laitiers vinrent en corporation à la maison commune. Ils parlèrent haut et dur, qualifièrent comme il le convient l'arrêté en question, qui fut enlevé des murs de la ville et ne fut pas appliqué. On lui accorda l'oubli au fond des journaux officiels, et voilà pourquoi la vente du lait n'est pas réglementée à Alger. Car si l'arrêté fut confiné dans les recueils inviolés, caché comme une chose honteuse, on ne pensa pas du tout à en confectionner un autre. En un mot, ce fut la victoire complète des laitiers et la défaite absolue... du consommateur. Sans parler de la fièvre aphteuse, de la diphthérie, de toutes les entérites si graves de l'été, qui peuvent se transmettre par le lait, il n'est pas douteux qu'en ce qui regarde plus particulièrement la tuberculose, la non-surveillance du lait et, hélas ! aussi des laitiers, est un danger.

Un journal d'Alger *Les Nouvelles*, a fait, il n'y a pas très longtemps, une campagne fort louable en faveur de la réglementation du lait dans la ville. Ce journal montrait par des

statistiques bien choisies que la mortalité infantile était beaucoup plus élevée dans les villes où la réglementation de l'industrie laitière est insuffisante, que dans les villes où cette réglementation est parfaite. Ce fait est connu ; mais les *malheurs* de l'arrêté municipal de 1903 n'ont pas été narrés par ce journal, qui aurait peut-être trouvé là quelque stimulant à sa campagne en faveur du lait.

Ce qui précède montre que l'Algérie diffère de la France au point de vue des mœurs.

Sans doute, le Français ne réalise pas encore l'idéal en fait de préoccupation d'ordre hygiénique, quoiqu'il y ait cependant un certain progrès de ce côté depuis quelques années (de grands journaux quotidiens ne font-ils pas recette d'une des campagnes hygiéniques ; ce qui est un fait récent ?). L'Allemand et l'Anglais sont notoirement supérieurs au Français de ce côté. Quant au Français devenu colonial, habitant l'Algérie depuis un certain temps, il exagère l'insouciance française en matière d'hygiène.

Cependant, si l'on examine le climat de l'Algérie, on voit que les fautes contre l'hygiène sont plus sévèrement châtiées en ce pays que les mêmes fautes commises en France. Le climat d'Algérie a fait beaucoup de victimes en la personne de gens qui ont cru aveuglément en lui, sans chercher à déterminer quels sont ses modes d'action, et dirions-nous, en forçant légèrement l'expression, sa posologie. Le climat d'Algérie est comparable à un médicament, mais à un médicament actif, telle la digitale, et tout le monde sait qu'on ne va pas donner inconsidérément ce médicament à tous les cardiaques, qu'on ne le donne pas n'importe quand, n'importe comment. À côté des cures merveilleuses opérées par la digitale, il y a aussi les aggravations, les échecs, dont on ne parle peut-être pas assez, parce qu'on n'a pas l'habitude de communiquer au public ces observations malheureuses. De même pour le

climat d'Algérie. D'abord, ce climat n'est pas univoque, c'est ce qu'on ignore généralement en France. On ne connaît guère les ressources climatiques variées de la colonie. On ne sait, pas, par exemple, qu'il y a en Algérie des altitudes de plus de 1.000 mètres, qui en hiver ont un climat des plus rigoureux avec vent et neige en permanence.

L'Algérie forme un bloc pour les Français simplistes qui, malgré la facilité des voyages et l'abondance des descriptions géographiques, sont encore légion. C'est le pays du soleil où doivent fondre les tubercules, sans considération d'âge, de métier, de situation sociale, de saison. Les médecins algériens ne doivent pas laisser s'accréditer de pareilles erreurs qui, en fin de compte, tournent au détriment du climat qu'elles semblent devoir favoriser au premier abord. Ils doivent, en redressant ces erreurs, donner la note juste, sincère, en ce qui concerne le climat de l'Algérie. C'est surtout le climat du littoral, des villes dites hivernales, qui doit être mis en relief, parce qu'il convient le mieux à la cure de la tuberculose.

Or, l'hiver seulement est propice aux cures de ce genre ; au contraire, l'été n'est pas favorable, et le tuberculeux obligé de séjourner l'été dans les villes du littoral, devra s'efforcer de quitter le bord immédiat de la mer pour se retirer sur les hauteurs avoisinant les villes, — seule manière d'échapper à l'humidité chaude et déprimante, que les vents marins apportent au rivage. Il semble que sans précautions suffisantes, le climat des villes du littoral l'été favorise la germination du bacille de Koch. Au contraire, pendant l'hiver, il y a sédation manifeste de beaucoup de symptômes, et la sclérose médicatrice fait son œuvre lentement, mais sûrement.

Les tuberculeux scléreux, c'est-à-dire guéris, sont innombrables en Algérie. A chaque instant, vous rencontrez des hommes d'âge, qui vous disent être venus en Algérie, à un moment où ils avaient des hémoptysies abondantes, où ils

expectoraient et toussaient incessamment, — leur médecin les jugeant suffisamment condamnés pour les envoyer dans un climat réputé. Or, ces condamnés ont fait appel et ils ont rétabli leur santé ; qui plus est, ont souvent réussi professionnellement en Algérie. C'est que ceux-là ont une hygiène parfaite, comptant sur le climat, certes, mais aussi sur eux-mêmes pour opérer une transformation radicale de tout leur organisme. Ils n'ont pas accompli de travaux « *de force* », proportionnant toujours l'effort à accomplir à leur capacité de résistance.

C'est là, en effet, le secret de la victoire en matière de lutte antituberculeuse individuelle, sous l'influence du climat algérien, et c'est ce qui aide à comprendre l'erreur dans laquelle on tombe en France, quand on envoie en Algérie des ouvriers tuberculeux, malheureux qui doivent travailler ~~été~~ comme hiver pour gagner leur vie. Dans ces cas, la tuberculose se précipite, elle marche à pas de géant, le poumon peut se fondre en quelques mois. Il faut noter que le climat des villes du littoral algérien peut rivaliser avec les climats les plus appréciés, notamment avec Madère, en ce qui concerne la lutte antituberculeuse. Mais le climat algérien n'agit dans un sens favorable que l'hiver, et à la condition que le travail musculaire soit réduit au minimum. Si les médecins français envoient à Alger, l'hiver, des malades susceptibles de se soigner sans trop fatiguer, ils obtiendront des résultats merveilleux ; mais ils aboutiront à des désastres, s'ils envoient dans ce pays des terrassiers et des manœuvres que la maladie a touchés profondément. Cela ne veut pas dire que seuls les millionnaires doivent bénéficier de la cure algérienne : la plupart des professions sont compatibles avec cette cure, mais quelques-unes doivent être absolument évitées. Voilà donc des considérations, tirées du climat algérien, qui doivent inspirer toutes les œuvres antituberculeuses de la colonie. La mode

est aux échanges de malades ou de prédisposés, entre départements, entre provinces. Il peut y avoir avantage, par exemple, à envoyer des malades algériens en France, et des malades français en Algérie ; mais ces échanges devront être réglés par les considérations précédentes. Il serait souverainement irrationnel d'appeler en Algérie des tuberculeux de France, qu'on laisserait dans la colonie pendant les mois d'été. Il serait dangereux de favoriser l'exode d'ouvriers français malades, qui devraient continuer en Algérie un travail fatigant.

Ce que nous venons de dire a d'ailleurs été singulièrement mis en évidence par les médecins de la marine et des colonies, qui ont montré que la tuberculose galope dans les pays torrides. Sans doute, l'Algérie n'est pas un pays torride, mais elle est classée dans les pays chauds et en été (juillet, août, septembre), à Alger, par exemple, la tension de la vapeur d'eau (humidité absolue) est représentée par les chiffres de 17, 18, 16 millimètres, alors qu'en Europe, les chiffres correspondants sont 10, 11, 10. Il est vrai que sous les tropiques, la tension de la vapeur d'eau, beaucoup plus considérable, atteint pendant la même période, les chiffres de 19, 20, 23 millimètres (1). Voilà donc des chiffres qui prouvent qu'en été le climat d'une ville du littoral algérien, d'Alger, se rapproche beaucoup du climat des tropiques. Nul doute que l'on puisse généraliser aux villes de tout le littoral algérien, c'est-à-dire de celles dans lesquelles les tuberculeux sont envoyés de préférence.

Donc, mœurs et climat doivent commander des règles particulières de prophylaxie publique et privée. Il n'est pas jusqu'au régime administratif et financier de l'Algérie qui se prête à des considérations destinées à diriger la prophylaxie

(1) Sambut. Recherches sur le climat d'Alger, pag. 60.

publique et privée. Les réformes hygiéniques sont, en somme, des réformes sociales, et c'est avec de l'argent qu'on les accomplit. Pendant longtemps, les médecins et les hygiénistes se sont contentés de formuler des règles prophylactiques sans se préoccuper des voies d'exécution ; le côté pratique était volontairement négligé par eux, et leur semblait même indigne de retenir leur attention. Aux techniciens de se débrouiller avec les préceptes de la science.

On admet aujourd'hui que pour réussir en fait de réglementation hygiénique, il faut qu'il y ait pénétration réciproque des formules des hygiénistes et des formules des techniciens, ingénieurs, architectes, administrateurs, etc. On ne peut pas exiger d'un médecin qu'il sache lever un plan ou allumer une étuve, ou serrer un écrou, mais on doit exiger qu'il sache déchiffrer un plan, lire un manomètre d'étuve et voir que tel écrou est plus ou moins bien serré.

On ne peut pas exiger d'un médecin qu'il puisse jongler avec tous les chapitres et tous les articles d'un budget départemental ou communal, mais on a le devoir d'exiger de lui qu'il soit assez versé en science financière pour se reconnaître au milieu du dédale de ces chapitres et de ces articles, pour se rendre compte des disponibilités budgétaires susceptibles de lui permettre la réalisation de tel ou tel projet d'ordre hygiénique qu'il a pu former. Il n'est donc pas permis à un médecin algérien, désireux d'apporter sa contribution au progrès social de la France coloniale, d'ignorer la constitution administrative de l'Algérie.

La lutte antituberculeuse doit, pour être efficace, tenir compte du régime administratif et financier de la colonie, régime profondément différent de celui que l'on connaît en France, et qui rend souvent difficile l'application immédiate à l'Algérie des lois votées par le Parlement.

Aussi, nous paraît-il nécessaire de dire quelques mots de

cette question, pour montrer quels doivent être les agents d'exécution de toute mesure antituberculeuse, ordonnée par les pouvoirs publics.

Il y a, en Algérie comme en France, une administration départementale et une administration communale, mais il y a en plus une administration d'Etat, le Gouvernement général de l'Algérie. De même, on peut distinguer les budgets communaux votés par les conseils municipaux, les budgets départementaux votés par chacun des conseils généraux des trois départements de l'Algérie (Alger, Oran, Constantine), et un budget d'Etat, dit budget colonial, voté par deux assemblées tout à fait spéciales : les délégations financières et le Conseil supérieur. Le budget de l'Algérie est donc autonome. Le Parlement n'a qu'un simple droit de regard sur ce budget.

En dehors des préfets et des maires, qui sont des administrateurs comparables aux préfets et maires de la métropole, il y a en Algérie un certain nombre de fonctionnaires d'ordre administratif, qui ont des attributions tout à fait spéciales. Ainsi, dans les communes de plein exercice, il y a un conseil municipal élu par le suffrage universel ; dans les communes mixtes, il y a un administrateur, nommé par le gouverneur général.

Les communes mixtes sont formées par des agglomérations d'indigènes, les Européens n'entrant que pour une faible part dans ces groupements. Le territoire des communes mixtes est énorme, il y a des douars à peu près inaccessibles. On sait cependant que la tuberculose fait actuellement de grands ravages dans ces douars, et que la maladie peut être portée au loin, grâce aux nomades. Il y aurait donc intérêt à aller faire de la prophylaxie antituberculeuse dans ces régions, mais on conçoit que ces difficultés sont grandes. Ainsi donc, en voulant établir les règles de la lutte antituberculeuse en Algérie, il ne faudra pas oublier les conditions spéciales des communes

mixtes. Il faudra songer aux habitations primitives des tribus, à leur manque absolu de toute hygiène, de toute propreté ; il faudra songer aussi aux dépenses considérables, trop lourdes pour les budgets départementaux ou communaux, que les tentatives de désinfection ou d'assainissement peuvent entraîner dans de pareils milieux. Les mêmes réflexions s'appliquent évidemment aux régions du Sud algérien, dénommées « Territoires du Sud », qui sont soumis à l'autorité militaire et sont habités, en dehors de nos troupes, par un grand nombre d'indigènes.

Pour les dépenses — et le médecin doit bien s'en soucier quelque peu, comme nous le disions plus haut — des difficultés spéciales surgissent en Algérie, difficultés faciles à prévoir après l'exposé de la situation administrative du pays. Ces difficultés surgissent surtout au moment de l'application des lois métropolitaines à l'Algérie. Par exemple, quand on a voulu appliquer en Algérie la loi si importante dans la lutte antituberculeuse, du 15 février 1902, on s'est heurté immédiatement à des embarras financiers considérables. D'abord, on s'est demandé avec effroi quel serait le montant des dépenses à faire pour appliquer la loi jusqu'au fond des communes mixtes, dans des territoires dépourvus de tout moyen de communication, où le mulet et le piéton peuvent seuls avoir accès. Puis, en se limitant même aux communes de plein exercice, on a vu que les dispositions financières de la loi du 15 février 1902, supposaient un régime financier analogue au régime financier de la Métropole. Or, en Algérie, nous ne trouvons rien de tel. L'unité administrative en matière d'assistance, et au point de vue financier paraît être, d'après la loi, le budget départemental, suffisamment doté et suffisamment souple en France pour supporter les charges que lui impose la nouvelle loi.

En Algérie, le budget départemental n'a ni cette souplesse,

ni ces ressources, et il est impossible de l'accabler sous le poids des obligations présentées par la loi.

Le budget d'Etat, au contraire, est très bien doté ; l'an dernier un impôt spécial, l'impôt sur les tabacs, l'a singulièrement grossi, et cette année (1907), le vote d'un emprunt de 185 millions va permettre d'exécuter un certain nombre de grands travaux, destinés à mettre le pays en valeur, en développant ses moyens de communication. Il est certain qu'avec de telles ressources, on pourrait faire beaucoup pour l'hygiène, dont la mise en pratique contribuerait à l'établissement d'un programme plus complet de colonisation.

Puisque nos sujets musulmans, pendant longtemps presque indemnes de tuberculose, y paient maintenant un si lourd tribut, ne serait-il pas bon de consacrer quelques-uns de ces millions empruntés, à la disparition du plus grand nombre de foyers que l'incurie indigène entretient dans toute l'Algérie ? Or, dans le programme des grands travaux proposés aux délégations financières, comme devant être exécutés avec le fonds d'emprunt, s'il est question d'assainissement en général, il n'est pas fait mention de prophylaxie antituberculeuse, et cependant n'y aurait-il pas intérêt à empêcher que les indigènes soient décimés par le terrible fléau ? d'autant mieux que si nous avons apporté la tuberculose aux Arabes, ceux-ci nous la rendent bien maintenant, en communiquant leur maladie aux Européens avec qui ils entrent en rapport.

Du fait de cette dissémination du monde indigène, les secours à apporter à cette partie importante de la population algérienne (5.000.000 d'individus environ), sont difficilement donnés, d'autant mieux que le nombre des médecins est forcément limité. Nous verrons comment on a fait pour remédier à cette insuffisance de médecins, et comment les auxiliaires médicaux indigènes peuvent rendre des services en matière de lutte antituberculeuse.

Au triple point de vue des mœurs, du climat, du régime administratif et financier, l'Algérie diffère donc profondément de la France, et toute étude concernant la lutte antituberculeuse à entreprendre dans la colonie, doit forcément s'inspirer des différences.

C'est ce que nous ferons, heureux de contribuer par là, dans la mesure de nos faibles moyens, à la marche en avant de la colonisation de ce beau pays.

Après quelques considérations générales, relatives aux mœurs, au climat, et au régime administratif, nous étudierons successivement l'Histoire de la question avec statistiques) dans le chapitre II, l'Étiologie dans le chapitre III, les Efforts accomplis dans le chapitre IV, les Efforts à accomplir dans le chapitre V.

Des conclusions aussi précises que possible résumeront et condenseront toute cette étude.

HISTORIQUE — STATISTIQUES

Les documents intéressant l'histoire de la tuberculose avant 1830, sont à peu près défaut; seuls ceux de Celse et Sénèque, dans l'antiquité, nous renseignent sur la salubrité proverbiale de l'Afrique du Nord à cette époque. « Les Libyens sont, dit Hérodote, les plus sains de tous les hommes que nous connaissons » — « Les habitants de l'Afrique du Nord, dit Salluste, ont le corps sain, agile, résistant aux fatigues; la plupart meurent de vieillesse, sauf ceux qui sont tués par le fer ou par les fauves; car il est rare que la maladie triomphe d'eux. »

Au moment de la conquête, les médecins français, venus en Algérie avec les troupes, semblent corroborer les opinions anciennes; ils s'étonnent de ne pas rencontrer la tuberculose ou du moins de ne la rencontrer que rarement.

Cette absence ou plutôt cette rareté de la tuberculose fut interprétée de diverses façons dans la suite; d'aucuns avec Moreau (de Bône), Costallat faisaient intervenir le climat chaud; ils attribuaient au climat de la colonie des qualités curatives et prophylactiques et, exagérant les bons effets du climat algérien, l'erreur n'était que quantitative. D'autres avec Boudin invoquèrent un véritable antago-

nisme entre la tuberculose et l'impaludisme. Il ne s'agit donc plus d'effets de climat, mais d'une véritable opposition entre deux maladies, de nature différente. C'est d'un antagonisme pathogénique qu'il s'agit et non pas seulement d'un antagonisme d'évolution, lequel est admis encore aujourd'hui pour certaines maladies et dans certaines conditions. — Cette théorie du grand praticien Boudin fut l'objet de violentes discussions ; et dans la suite Brun (de Beyrouth) et Piot (du Caire), admirèrent cet antagonisme ; mais Boussakis (d'Athènes) et Kobos (Manchester), ne confirmèrent pas les assertions des deux précédents auteurs.

En 1857, Broussais, Feuillet, Weir-Mitchell, proclamèrent la quasi-immunité de l'Algérie vis-à-vis de la phtisie. Mais cette opinion ne fut pas partagée par des médecins non moins éminents et qui émirent des avis opposés. Beaucoup avaient remarqué que les arabes connaissent la tuberculose et qu'ils avaient un mot « Meurdh Dhaf » (maladie de faiblesse), pour la désigner.

En 1845, Laveran disait que le climat de l'Algérie était contraire aux tuberculeux ; M. le professeur Bourlier déclarait aussi que si les Européens ne contractaient pas la tuberculose, c'est qu'ils étaient décimés par les fièvres avant qu'ils soient tuberculeux.

Quoi qu'il en soit, si la tuberculose était rare autrefois, et au moment de la conquête, elle constitue, en Algérie, actuellement, une maladie des plus courantes. — Cette affection a subi en Algérie la même évolution qu'au « Congo, où, si le fléau ne semble s'être manifesté que secondairement, après les débuts de la colonisation, il a cependant trouvé dans l'apport de l'élément européen, avec toutes ses tares, des causes singulièrement puissantes de suractivité et de diffusion parmi les populations autoch-

tones ». Kermorgar (Congrès de la tuberculose, octobre 1905).

A Madagascar, à Djibouti, sur la côte des Somalis, la tuberculose est peu répandue ; ce sont pour l'heure des pays privilégiés.

Parmi les représentants de la race sémitique, les Arabes semblent avoir une prédisposition à contracter la tuberculose. — En Nouvelle-Calédonie, les forçats arabes ont à cet égard accusé une susceptibilité telle qu'on a dû les éliminer systématiquement des convois de condamnés à cette destination. Les Arabes employés comme convoyeurs pendant l'expédition de Madagascar ont présenté une effroyable mortalité. »

En Algérie, nous avons vu tout à l'heure, qu'au moment de la conquête, les Arabes paraissaient indemnes de tuberculose ; mais depuis, on a constaté une évolution croissante dans sa fréquence. M. le docteur Gillot l'a démontré avec chiffres à l'appui. Voici, en résumé, ce qu'a exposé dans un rapport au congrès de la tuberculose de 1906, ce praticien d'Algérie.

« Lorsque les Français pénétrèrent en Algérie en 1830, ils trouvèrent leur pays tout entier à l'abri de la tuberculose. On recherche pour quelle raison les musulmans d'Algérie n'avaient pas la tuberculose. Boudin crut que c'étaient parce qu'ils étaient paludéens et il proclama, en 1843, sous forme de loi l'antagonisme du paludisme et de la tuberculose. Mais on ne tarda pas à voir que le paludisme n'empêchait pas plus qu'il n'enrayait la tuberculose chez les Européens implantés en Algérie. Ces derniers, cependant, semblant moins atteints qu'en Europe, on déclara, à la suite de Broussais (1843), que le climat algérien « est réfractaire à la génération et au développement des tubercules ». Ce climat suivant l'expression de Feuillet

(1860), était le *Patibulum vitæ* par excellence. C'était le mot d'ordre, vers 1860-1870.

Cette notion, relativement juste, eut pour effet d'attirer vers cette terre bienfaisante un contingent européen tuberculeux considérable.

Qu'en est il advenu ? Quel est l'état tuberculeux actuel de l'Algérie aujourd'hui que le contact des races différentes est intime ? Il est intéressant de le rechercher en se posant les 3 questions suivantes :

1° La tuberculose a-t-elle augmenté en Algérie et dans quelle proportion ?

2° Les Algériens de naissance, fils d'Européens, offrent-ils une résistance particulière à la tuberculose ?

3° Comment la race indigène arabe se comporte-t-elle aujourd'hui vis-à-vis de la tuberculose ?

Pour y répondre, il faut envisager le pourcentage mortel, le seul vrai à cause de l'extrême mobilité de la population en Algérie.

Il montre d'abord que la tuberculose a augmenté progressivement et rapidement. En effet, pour ce qui concerne plus particulièrement la population civile de la ville d'Alger, les documents statistiques (en ne retenant que leur moyenne), indiquent que sur 100 décès il y en avait d'attribuables à la tuberculose :

2 en 1838

4 — 1841

6,50 — 1850

7,50 — 1860

De nos jours, une enquête portant d'une part sur les trois années 1890-91-92, d'autre part sur les cinq dernières années (1900-01-02-03-04), donne 11,69 0/0, c'est-à-

dire que la mortalité par la tuberculose pulmonaire a doublé à Alger en moins de 40 ans.

Quelle est la participation aux taux tuberculeux ?

1^o des Européens émigrés ;

2^o des Algériens de naissance fils d'Européens ;

3^o des indigènes (arabes juifs).

Je me suis adressé pour m'en rendre compte à une statistique hospitalière portant sur ces cinq dernières années de 1900 à 1905. Elle fut prise à l'hôpital de Mustapha (800 lits) qui est un hôpital régional et non seulement urbain, plus même que régional puisqu'il reçoit les émigrants de tous les pays.

Si les chiffres pour ces derniers représentent une somme flottante, ils fournissent tout au moins pour les Algériens un résultat reflétant celui de tout le pays. Voici ce que j'ai trouvé : il y eut en cinq ans à l'hôpital civil de Mustapha 42.459 malades traités, parmi lesquels 8.011 étaient des Arabes. Ces malades ont fourni une mortalité générale de 2.932 décès. Dans 917 de ces décès, la tuberculose pulmonaire fut en cause, ce qui donne 31,27 0/0 de mortalité tuberculeuse. Si l'on calcule sur 100 de ces décès tuberculeux, on voit qu'il y en a :

41,98 fournis par les Européens émigrés (259 français sur 385 émigrés) ;

25,81 fournis par les Algériens fils d'Européens (237 dont 118 nés à Alger) ;

27,48 par les Arabes d'Algérie ;

2,75 par des Arabes émigrés (Maroc, Soudan) ;

1,85 par des juifs indigènes.

On peut donc conclure : 1^o que l'émigration tuberculeuse d'Europe en Algérie est toujours considérable. 2^o que les Algériens fils d'Européens n'offrent pas une grande résistance à la tuberculose, et 3^o que de nos jours,

contrairement à ce qui se passait autrefois, les Arabes paient un large tribut à la tuberculose pulmonaire. »

De ce rapport de M. le Dr Gillot nous voyons quel grand développement a pris, durant le siècle dernier, la tuberculose dans l'Afrique du Nord.

D'après des statistiques plus récentes, du 4 mars 1906, et tirées de « la statistique générale de l'Algérie », il y a en Algérie 680 263 Européens et 4.477.788 indigènes.

En ce qui concerne les Européens, la mortalité par tuberculose s'est élevée, en 1905, au chiffre de 790 ; les décès étant répartis aux nombres suivants par départements :

Département d'Alger.....	243
— d'Oran.....	128
— de Constantine...	121
Total.....	790

Cette mortalité comparée à celle que l'on trouve dans les pays étrangers est relativement peu élevée ; le calcul donne, en effet, 14,5 de décès par 10.000 habitants, en Algérie, alors que la mortalité par tuberculose pulmonaire est de 13 pour 10.000 habitants en Angleterre, de 18 en Italie, de 20 en Suisse, de 22 en Allemagne, de 30 en France, de 36 en Autriche et de 40 en Russie.

En ce qui concerne les musulmans, on n'a pu donner jusqu'à ce jour le chiffre exact de la mortalité par tuberculose pulmonaire ; cependant, si nous considérons la statistique de la mortalité à un point de vue plus général, nous verrons quelle place importante et inquiétante occupent après la syphilis, et le paludisme, ces deux grands fléaux de l'Algérie, les diverses affections des voies respiratoires dont le cadre est presque complètement rempli par la tuberculose. Ci-joint la statistique des différentes mor-

talités dans les infirmeries indigènes, tirées de « *l'Exposé de la situation générale de l'Algérie de 1906* » et présenté par M. le gouverneur général devant les délégations, au début de l'année 1907.

Nombre de décès par Paludisme	2.613
— — — Mal. syphilitique	2.744
— — — Mal. des voies respirat.	1.039

Les chiffres qui précèdent prouvent surabondamment l'existence de l'affection qui nous occupe, chez les indigènes ; son évolution croissante dans la fréquence nous sera simplement fournie par les travaux de statistique que nous aurons empruntés à la thèse de M. le Dr Bonfils, dont voici les conclusions :

1° Le nombre des malades indigènes traités à l'H. C. M. durant les années 1902 03 04 a été de 189.

Il est utile d'ajouter que ce chiffre est loin de représenter le nombre réel de tuberculeux pulmonaires, quantité d'Arabes hésitant encore à se faire traiter dans nos hôpitaux.

2° Que le nombre de décès par tuberculose pulmonaire chez les musulmans à l'H. C. M. a été :

En 1900 de 39 pour 65 décès par affections diverses	
— 1901 — 56 — 73 — —	—
— 1902 — 63 — 72 — —	—
— 1903 — 44 — 56 — —	—

Alors qu'en

1838 on en relevait 13 pour 371 (affections diverses)	
1839 — 17 — 818 — —	
1840 — 24 — 857 — —	
1841 — 34 — 930 — —	
1842 — 42 — 442 — —	

Cette évolution croissante de la tuberculose pulmonaire dans l'élément civil indigène se retrouve également dans l'élément militaire.

« Dans les garnisons les tirailleurs et les spahis, nous dit M. le professeur Brault (*Pathologie et hygiène des indigènes musulmans d'Algérie*), bien que sélectionnés et dans de meilleures conditions hygiéniques, paient un assez lourd tribut à l'affection; c'est ici qu'intervient un nouveau facteur, l'alcoolisme (anisette et absinthe), qui prépare souvent le terrain chez ces soldats de carrière. En 1901, à l'intérieur, en France, les pertes de l'armée sont de 9,91 pour 1.000 par réforme et de 0,98 par décès; en Algérie, on trouve en regard de ces chiffres : réforme, 4,84 pour mille, et décès 1,33. Les régiments de tirailleurs comptent : réformés, 4,83 pour 1.000, décès 1,64; les spahis respectivement 3,59 et 1,93 pour 1.000.

« D'ailleurs la proportion des déchets par tuberculose de ces diverses troupes indigènes augmente tout doucement avec les années; la proportion pour les tirailleurs va de 5,77 pour 1.000 en 1888 à

5,99	—	1900
------	---	------

et pour les spahis, il en est de même ;

4,07	pour 1.000 en 1888
------	--------------------

4,98	—	1900. »
------	---	---------

ETIOLOGIE

En Algérie, la tuberculose, dont les progrès vont sans cesse en s'accroissant, reconnaît de nombreuses causes spéciales aux indigènes et dépendant de leurs maladies, de leurs mœurs, de leurs usages et coutumes et aussi de leur religion.

Nous envisagerons successivement chacune d'elles en commençant par celles dont l'action paraît être la plus importante dans l'éclosion de la phtisie. Nous omettrons volontairement de parler des causes de développement de la tuberculose dans le milieu européen, ces causes étant à peu près les mêmes que celles que l'on peut observer en Europe ; mais à celles ci nous ajouterons l'action néfaste et prédisposante du paludisme si répandu dans notre colonie. Nous signalerons encore la misère très grande du prolétariat urbain ou rural ; les ouvriers du Midi de l'Europe (des Espagnols, des Italiens), en effet, accourent en Algérie chassés par la famine de leur pays natal ; ils viennent se disputer un salaire que la concurrence fait minime, et cette invasion de miséreux contribue à coup sûr à augmenter considérablement le nombre des phtisiques dans le nord de l'Afrique.

Mais les Européens constituent en Algérie l'infime mino-

rité (500,000 habitants), la population indigène seule étant évaluée à plus de 4 millions d'habitants. Aussi sont-ce les indigènes qui paient le plus lourd tribut à la tuberculose.

Voyons successivement toutes les causes susceptibles de provoquer ou de favoriser l'éclosion de la phtisie chez les arabes, par la contagion et grâce à certaines influences prédisposantes qui mettent l'organisme en état de réceptivité.

L'impadulisme, la syphilis, la variole si commune en Algérie, et beaucoup d'autres affections ont une action prédisposante manifeste dans l'éclosion de la maladie qui nous occupe.

Etudions tour à tour les mêmes influences de ces différentes infections, et commençons par la plus commune d'entre elles, la plus répandue en Algérie, j'ai nommé le paludisme.

L'action prédisposante de cette infection a été longtemps contestée et Boudin le premier, après avoir proclamé comme beaucoup d'autres que la phtisie est rare en Afrique et que les Arabes sont plus indemnes que les Européens, invoque un véritable antagonisme entre la tuberculose et les fièvres paludéennes si répandues. Il s'approprie la formule du docteur Feuillet (d'Alger), qui avait comparé la phtisie et les fièvres aux deux plateaux d'une balance, l'un montant quand l'autre descend (1857). Mais depuis cette époque, l'expérience et la clinique ont montré le mal fondé de cette hypothèse et l'action déprimante du paludisme, maladie cachectisante par excellence sur les différents systèmes, est aujourd'hui admise universellement. Tout au plus pourrait-on objecter l'action favorable des congestions provoquées au niveau du poumon pendant le cours d'une tuberculose en évo-

lution, par le développement de l'impaludisme et qui noierait le bacille de Koch dans un sérum bactéricide et s'opposerait à sa propagation.

Mais cette action est annihilée par la cachexie précoce, qui mettra le malade dans un état de moindre résistance, favorisant de cette façon le développement et la pullulation du bacille de Koch.

Il en est de même pour l'influence de la syphilis dont on avait vanté l'efficacité d'action au cours d'une tuberculose en évolution. Or, tous les observateurs en Algérie sont d'accord pour dire que la syphilis est très répandue dans notre milieu indigène, surtout chez les Kabyles nous dit M. le professeur Brault dans la *Pathologie et l'hygiène des musulmans d'Algérie*. Certains auteurs vont jusqu'à donner la proportion de 90 0/0 pour ces derniers. Certainement avec la variole, les affections oculaires, le paludisme et la tuberculose, la vérole constitue le fond de la pathologie indigène.

L'affluence favorable de cette infection était expliquée par son influence sclérosante, disait-on, qui créerait une barrière au passage du microbe et enkysterait le tubercule. Mais de nos jours, toute différente est la conception de l'action de cette infection dans l'évolution de la tuberculose, elle cachectise souvent rapidement l'individu qui en est atteint ; et cette opinion émise, il y a quelques années, sur l'innocuité relative de la syphilis chez les indigènes musulmans, est erronée, et loin d'être moins dangereuse que chez les Européens, elle peut revêtir les formes les plus graves, les plus malignes. Comme le disent Hanoteau et Letourneux dans le bel ouvrage : *La Kabylie*, tome I, pag. 382 « la syphilis, est l'une des plaies de la Kabylie, elle s'y montre sous toutes ses formes depuis les plus bénignes jusqu'aux plus

hideuses et y est désignée sous le nom de « at'an Améck' Kéran », grande maladie.»

Qu'il nous suffise, pour avoir une idée plus exacte de la gravité de certaines de ces formes, de jeter un coup d'œil sur les photographies de ce bel ouvrage déjà cité de M. le professeur Brault, où il nous sera loisible de constater les délabrements les plus grands de cette infection.

Aussi, comment une maladie aussi cachectisante pourrait elle, au dire de certains auteurs, enrayer le développement de la tuberculose ? Et nous répéterons là ce que nous avons dit au sujet du paludisme ; la syphilis met le malade dans un état de *minoris resistentiæ* qui favorise le développement et la pullulation du bacille de Koch.

Les maladies infantiles, et la rougeole en particulier, constituent des facteurs de tuberculose que l'on ne peut négliger. Elles font dans les douars de véritables hécatombes d'enfants ; ceux qui échappent à la maladie, abandonnés à eux mêmes avant la convalescence, à peine vêtus d'une chemise écourtée par en haut et par en bas, présentent de nombreuses complications pulmonaires parmi lesquelles surtout la pleurésie et l'adénopathie trachéo-bronchique ne font que précéder ou accompagner la tuberculose.

Nous faisons une place à part à l'étude de l'action de la variole dans le développement de la tuberculose. M. le professeur Landouzy a montré le premier l'influence prédisposante de cette infection dans l'éclosion de la phthisie.

Nous-même, au cours de nos études, nous avons pu constater, durant notre internat à l'ambulance d'El-Kettar et sous la direction de notre éminent maître M. le professeur Crespin, la véracité de cette assertion. Or, nous savons combien la variole, la « djidri » des Arabes,

sévit et surtout sévissait autrefois avec une grande intensité avant l'introduction systématique de la vaccine, qui a fait de plus en plus place à la variolisation, encore en usage cependant, et qui mettait le sujet opéré dans le même état de déchéance que celui provoqué par la variole elle-même. Un récent décret vient de rendre la vaccine obligatoire en Algérie et défend, sous peine, la variolisation — Ce fait intéressant émanant des autorités supérieures supprimera bientôt complètement cette infection de la colonie.

Maintenant que nous avons étudié les différentes causes de la tuberculose tirées de la pathologie des indigènes en Algérie, voyons celles qui sont constituées par les conditions de la vie, qui sont si spéciales en Algérie qu'elles méritent toute notre attention.

Nous donnerons succinctement et pour le mieux le tableau de cette vie ouvrière indigène algérienne, et pour cela, j'emprunterai à M. Aprosio, conseiller municipal, quelques descriptions de métiers tirées du rapport du comité régional de l'Algérie présenté au congrès international de la tuberculose de 1905 :

« En Algérie, les industries ne tiennent aucun compte, dans leur agencement, des exigences de l'hygiène et de la salubrité publique.

» Les patrons algériens, nous parlons de ceux qui dirigent les fabriques où sont confectionnés les produits essentiellement locaux, recherchent les emplacements bon marché au détriment du confortable. Il convient, pour éclairer les philanthropes qui, dans la métropole, mènent le même combat que nous, de passer en revue chacune de ces industries et de montrer le défaut de leur installation.

» Commençons par les cordonniers en chaussures indi-

gènes. Deux genres d'ouvriers dans cette corporation : les uns travaillent en magasin, d'autres chez eux. Les premiers sont casés tant bien que mal, plutôt mal que bien, dans des arrière-boutiques empuanties par l'odeur du cuir, sans air. Les ouvertures aèrent seulement le magasin de vente, réservé aux employés, et où sont reçus les clients.

» Les cordonniers travaillant chez eux ne sont pas mieux partagés. Leur maigre salaire ne leur permet pas de s'offrir des appartements spacieux : ils logent dans des taudis infects ; deux ou trois pièces servent à la fois de cuisine, de salle à manger, de chambre à coucher, d'atelier.

» Passons aux tailleurs indigènes. Un trou creusé dans la muraille d'une maison, basse de plafond, où l'on ne peut rester qu'accroupi à la mode arabe : c'est là que le tailleur indigène travaille.

» Pis encore est l'installation des fabriques de tapis. Dans une cour mauresque, prenant l'air seulement par le ciel ouvert, sont assises une vingtaine de personnes, parmi lesquelles des garçonnets et des fillettes de dix à douze ans, qui travaillent douze heures par jour dans une atmosphère souillée par la poussière.

» Les bijoutiers indigènes travaillent les métaux dans de misérables échopes sans lumière ; ils s'adonnent là à un travail délicat à la simple lueur d'une lampe, travail qu'une longue habitude rend facile.

» Signalons encore les manufactures de tabac, qui, à l'exception de quatre ou cinq grandes, tout comme les manufactures de tapis indigènes, sont installées dans des cours mauresques, et la poussière de tabac est absorbée en grande quantité par les ouvriers, souvent très jeunes. »

Si dans les villes l'hygiène ouvrière indigène est dé-

plorable, comme nous venons de le voir, cette hygiène est également des plus défectueuses dans les campagnes. En Kabylie, notamment, ces villages kabyles qui, perchés à de grandes hauteurs, attirent l'attention des touristes, sont des modèles de malpropreté et d'insalubrité. Les enfants y grouillent dans les immondices et la boue. Les gourbis entassent humains et bêtes vivant côte à côte. Il n'est pas étonnant qu'avec de telles conditions la tuberculose prenne un développement considérable dans ces milieux indigènes, d'autant mieux que les hautes altitudes (il y a des habitants et des villages jusqu'à 1.100 mètres et les montagnes atteignent 2.000-2.200 mètres), font de ces régions un climat rude en hiver, tout à fait propice au développement des affections des voies respiratoires.

A côté des conditions que nous venons de passer en revue, il faut citer aussi celles qui sont intimement liées aux mœurs, aux coutumes rituelles de la religion musulmane; nous signalerons tour à tour chacun des méfaits désastreux que peut occasionner l'observation à la lettre de ces principes religieux.

Nous croyons devoir passer sous silence l'opinion du docteur Ferrot qui attribuait, paraît-il, les maladies de poitrine aux ablutions prolongées; par contre, nous mettrons en relief l'influence néfaste du Rhamadan qui, par son jeûne prolongé, engendre chez les débilités et les cachectiques une certaine prédisposition, une certaine déchéance, qui favoriserait l'éclosion, le développement et la pullulation du bacille de Koch. Cette coutume rituelle est suivie par tous les Arabes, qui sont tous des fervents, à la lettre; et nous avons pu voir, à l'hôpital; dans le cours de nos études, des indigènes traités pour bacillose, négliger leur régime de suralimentation pour

l'observance des prescriptions de Mahomet, et chez lesquels ce défaut de nourriture avait pour résultat de réveiller les tuberculoses latentes et de donner comme un coup de fouet à la tuberculose en évolution, dans ces organismes déjà usés par une trop longue maladie.

A ce régime d'abstinence feront bientôt suite des excès en tous genres qui engendreront des désordres du côté du tube digestif et des autres appareils.

Certaine autre cérémonie rituelle, la circoncision suivie de succion, peut entraîner encore de terribles accidents. Laissant de côté la syphilis très fréquente en Algérie, il est aisé de comprendre quelle action néfaste peut entraîner une semblable opération, et l'opérateur tuberculeux peut alors contagionner l'opéré suivant un mode peu connu dans les pays où les Musulmans et les Israélites font défaut.

Ces mêmes coutumes religieuses veulent aussi que leurs adeptes baisent le sol en faisant leurs prières. Les lois religieuses musulmanes disent en effet : « Excepté le cas de chaleur ou de froid, ou de très grandes inégalités du sol, dit Sidi-Kellil, la loi blâme de faire les prosternations sur un vêtement étalé par terre. Il est blâmable encore, en cas de froid par exemple, de faire les prosternations en appuyant la tête sur les reliefs ou tours du turban, ou sur l'extrémité de la manche ou de tout autre partie du vêtement ». On comprend là encore aisément comment la contagion directe pourra se faire par l'absorption de poussières contenant le bacille de Koch.

Le voyage à la Mecque, si surveillé pour l'importation en Europe des maladies dites pestilentiellles, est une cause déprimante indubitable pour ceux qui l'accomplissent et, de plus, la promiscuité qu'il fait subir à tous les

pèlerins, explique les contaminations nombreuses observées dans le cours du voyage.

En ce qui concerne les mosquées, indépendamment de celles observées depuis la conquête, elles sont petites et très humides en raison de l'étroitesse des ouvertures qui ne laissent passer que peu d'air et de soleil. D'autres coutumes et d'autres mœurs bien admises dans le monde musulman contribuent aussi à l'éclosion de la tuberculose. Citons en premier lieu la polygamie, admise et fort bien vue chez les Arabes riches, qui est une cause de débilité et de surmenage physique dans cette catégorie d'individus, et qui permettra l'éclosion du bacille de Koch dans ces organismes. Les fumeurs de kiff sont également très portés à contracter la maladie, non seulement par l'action prédisposante de l'intoxication, qui ira en s'accroissant, mais encore par l'inobservance chez ces individus des principes élémentaires de l'hygiène. Ces fumeurs sont l'objet d'une certaine curiosité, de la part des visiteurs et des touristes, qui les trouvent habituellement étendus, rès à l'aise, sur une large natte, au nombre de deux, trois, quatre. On peut les voir alors se passer successivement de bouche en bouche l'appareil sur lequel ils font de violents efforts d'aspiration. Ce sera là encore un mode de contagion de la syphilis et de la tuberculose quand un individu tuberculeux ou syphilitique sera susceptible de transmettre sa maladie.

Cette même contagion directe pourra encore être effectuée dans les cafés maures, et dans les gargotes (restaurants arabes) fréquentés si assidûment par les travailleurs indigènes qui, la journée finie, viennent s'y délasser quelques instants. Ces rendez-vous sont constitués par des locaux étroits, où s'allongent sur des banquettes ou sur des nattes plusieurs douzaines d'individus, trop nom-

breux pour un volume d'air aussi confiné et aussi souillé par toutes les émanations. Là ils se serviront du même récipient pour boire, sans prendre la précaution au préalable de lui faire subir le moindre nettoyage; il en est de même pour les ustensiles de table qu'ils se passent mutuellement dans le cours du repas, et à la même table; c'est ainsi que la même cuiller sert à trois, quatre individus, et servira de cette façon à la propagation de toutes sortes d'infections.

Si les précautions du Coran sont suivies à la lettre par une certaine catégorie d'individus, ainsi que nous l'avons montré tout à l'heure, il en est d'autres chez qui la civilisation française a augmenté le nombre des vices, et qu'elle a souvent transformés en piliers de cabaret et de maison publique; mais ces défauts sont surtout l'apanage des Arabes des villes, ainsi qu'en témoigne M. le Docteur Vidal, dans son rapport présenté au Congrès de Tuberculose de 1905, et à qui nous emprunterons un extrait dans ce qui va suivre.

« Les résultats des recherches, dit M. le Docteur Vidal, me permettent d'attribuer à la tuberculose une part considérable dans la morbidité et la mortalité des enfants chez les indigènes d'Algérie. Les facteurs sociaux de la phtisie infantile chez les indigènes algériens ne sont pas en tous points semblables à ceux qui agissent en France.

L'alcool, ce grand pourvoyeur de la phtisie, ne vient pas ici en première ligne, alors que l'insalubrité du logement prend une très grande importance. Une différenciation très marquée est à faire au préalable entre l'Arabe des villes, l'Hadar, et l'Arabe des tentes, entre le résident et le nomade.

L'Arabe des villes c'est le maure (Coulougli) résidu de toutes les races, mélange de tous les sangs, à la

fois Berbère, Romain, Arabe et Turc. Au physique c'est un lymphatique, aux chairs molles, au teint pâle, souvent blond et à peau très blanche. Au moral, c'est un doux, un paisible, paresseux et rêveur, chez qui la civilisation française a augmenté le nombre de vices.

L'enfant présente fréquemment le type gavrochien ; généralement beau pendant la première enfance, l'œil vif, intelligent et dégourdi, il se modifie aux abords de la dixième année ; son intelligence s'obscurcit, son physique se disproportionne et il prend ce type maladif si particulier au Hadar, type maladif dans lequel l'œil exercé retrouve facilement les stigmates de la phtisie alliés bien souvent à ceux de la vérole.

Chez le petit Arabe la tuberculose pulmonaire est plutôt rare avant la 15^e année, avant cet âge la contagion le guette et souvent il en est la victime.

Accompagnée de l'ignorance plus élémentaire de l'hygiène privée et publique, l'habitation insalubre est chez le Hadar le principal facteur de tuberculisation infantile et il suffit d'avoir examiné de près les quartiers indigènes des villes algériennes pour en avoir la conviction.

La maison mauresque ouvre généralement dans une ruelle étroite où pénètre difficilement le soleil ; parfois cette ruelle est voûtée et reste obscure même au milieu du jour.

Si la rue est pavée ou en pente, au milieu existe un ruisseau ou coule une eau fangeuse et nauséabonde. Si elle est macadamisée, au contraire, l'Arabe aimant beaucoup à passer en rasant les maisons, le milieu reste en dos d'âne, et les eaux sales coulent des deux côtés le long des murs, entraînant les ordures ménagères que ne parvient pas à enlever régulièrement le service de nettoyage généralement imparfait.

L'on pénètre dans la maison mauresque par une porte basse, étroite, dans un couloir en pente où quelques marches conduisent dans une cour carrée, le patio des maisons andalouses, autour de laquelle se trouvent les chambres.

En général, chez l'artisan, chaque chambre abrite une famille composée en moyenne de 5 personnes. Etroite et longue, elle a pour unique ouverture une porte de 85 centimètres de large sur 1 mètre 80 de hauteur, porte toujours fermée en hiver d'un épais tapis, en été, d'une étoffe flottante. — Pas de cheminée, pas de fenêtre, pas de prise d'air; comme ameublement, à l'une des extrémités le lit, en cuivre ou en fer forgé, bien collé contre le mur et séparé du reste de la pièce par de doubles rideaux en mousseline. A l'opposé une commode, un coffre, parfois une armoire et le long de la paroi face à la porte, d'étroits matelas couverts de coussins, servant de sièges.

Or, cette unique chambre, évacuée dès l'aube par l'homme qui va à son travail ou à ses plaisirs, par les enfants qui vont à la rue, sert pendant la journée de lieu de réunion aux femmes qui, accroupies sur les nattes ou allongées sur les matelas, bavardent en mangeant des fruits ou des friandises.

S'il fait froid, elles se groupent autour d'un fourneau portatif en terre, rempli de charbons ardents et de cendre, et quand l'une d'entre elles atteinte de tuberculose pulmonaire, tousse et crache, les produits expectorés vont s'attacher aux nattes, aux tapis, aux coussins où ils se dessèchent en toute quiétude, le ménage quotidien étant des plus sommaires.

Or, sur ces nattes et sur ces étroits matelas couchent les enfants, le lit étant réservé aux parents. A l'heure du sommeil, l'enfant se roule dans sa couverture, abaisse sa

chéchia au dessous des yeux et s'endort, à même le sol.

Il respire dans cette atmosphère jamais renouvelée, dans cet air confiné, infect et oxycarboné.

La bouche et le nez près du sol, il absorbe facilement les microbes qui y pullulent et en particulier le bacille tuberculeux ; et, anémié d'une part, contaminé de l'autre, il remplit toutes les conditions voulues pour l'éclosion du mal.

A l'école arabe où quelques enfants indigènes — l'intime minorité — viennent pendant la journée, les conditions hygiéniques sont encore plus déplorables ; l'école arabe se compose en général d'une seule pièce, ayant en moyenne 4 mètres de côté sur 3 mètres de hauteur, soit 48 mètres cubes. Cette pièce prend jour, air et lumière sur une étroite ruelle par une porte jamais ouverte franchement, mais seulement entrebaillée, et dans cette pièce sont accroupis sur des nattes les élèves, toujours assez nombreux pour se sentir les coudes et les genoux. Il suffit de pénétrer vers la fin de la journée, dans une de ces écoles, foyers contagieux des plus dangereux, pour être incommodé par l'irrespirabilité de l'air surchargé de produits respiratoires et d'odeurs nauséabondes de corps sales, de laine mouillée, de sueur et de cuir. Or, nombre d'instituteurs arabes, de « Mouallem », sont tuberculeux, ils toussent et crachent sur les nattes, sur les tablettes de bois servant d'ardoises et contaminent aussi les élèves. »

En somme, l'étiologie de la tuberculose pulmonaire en Algérie, tient surtout dans la mauvaise hygiène générale d'une grande partie de la population, et c'est l'hygiène de l'habitation qui laisse le plus à désirer, si l'on fait abstraction du famélisme momentané des indigènes, quand plusieurs années de mauvaise récolte se sont succédé.

EFFORTS ACCOMPLIS

En présence de cette extension de la tuberculose dans toutes les parties de l'Algérie, les autorités supérieures se sont émues, et il y a quelques années seulement que se firent les différentes œuvres de l'administration pour en jurer le fléau.

La première des mesures prises par le Gouvernement fut l'isolement des tuberculeux à l'Hôpital civil de Mustapha (juillet 1902). Avant 1902, ces malades étaient épars dans les différents services de médecine, parmi les malades atteints d'autre affection.

Et, cette contiguïté favorisait, on le comprend, la diffusion des bacilles, contagionnait plus facilement, plus rapidement les convalescents chez lesquels le microbe trouvait un excellent terrain de culture pour son développement. Cette contagion pouvait encore se faire par les différents objets communs ; c'est ainsi que la garniture d'un lit dont avait disposé un tuberculeux, était dans la suite à la disposition d'un autre malade atteint d'une autre affection.

Bref, nous n'insisterons pas davantage sur les inconvénients et les dangers de cette défectuosité de service, créés par une telle dérogation aux lois les plus simples de l'hygiène.

Le Gouvernement sut y porter remède et en appliquant en partie la circulaire de Waldeck-Rousseau, on a commencé l'isolement des tuberculeux dans les grands hôpitaux. Une salle spéciale, d'une cinquantaine de lits (salle Laënnec) a été affectée à cette catégorie de malades ; là un règlement qu'ils ne peuvent enfreindre, les oblige à passer ce qui leur reste de leur vie dans un jardin de trop peu d'étendue, et insuffisamment protégé contre les rayons trop ardents du soleil d'été et aussi contre les intempéries.

Cet isolement trop complet empêche beaucoup d'entre ces malades de venir réclamer leurs soins à l'Hôpital civil de Mustapha.

* Il semble qu'on aurait pu obvier à cet inconvénient en créant à l'ambulance d'El Kettar, annexe de l'Hôpital civil, un service spécial pour ce genre de maladies. Il est vrai qu'une partie de cette ambulance dont l'altitude modérée convient bien à ces malades, a été affectée également aux tuberculeux ; mais le nombre de lits qu'ils peuvent y occuper est trop restreint.

Et cependant, à El-Kettar, les tuberculeux curables trouvent là d'excellentes conditions pour cicatriser leurs lésions, et de fait, nous avons pu voir des malades être améliorés réellement après un long séjour dans cette ambulance.

Nous devons encore citer la création d'un asile de convalescents, à Hussein-Dey, création qui a permis de diriger sur cet établissement des convalescents de graves maladies infectieuses et qui au milieu des tuberculeux dans les salles communes risquaient de se contaminer.

Certaines municipalités elles mêmes ont créé des hôpitaux dont bénéficient ou tout au moins pourraient bénéficier largement les tuberculeux. L'infirmierie-sanatorium construite par la ville d'Alger au pied de la montagne de

la Bouzaréah est à une altitude de 250 mètres. « Cette montagne de la Bouzaréah abrite l'établissement des vents du Nord parfois violents en hiver, et de grands sapins mettent certaines parties complètement à l'abri des fortes rafales, d'où l'avantage de pouvoir graduer la dose d'air suivant la susceptibilité de chaque malade, ce qui constitue la meilleure des garanties pour conduire à la guérison rapide beaucoup d'affections, et ce qui, il faut le dire hautement, se rencontre très rarement, même dans les sanatoria réputés les meilleurs de l'Etranger » (D^r Crespin. Rapport au Conseil municipal d'Alger, 17 octobre 1902.)

Du côté municipal un autre effort très louable a été fait dans le même sens. Des instructions rédigées en trois langues (Français, Espagnol, Italien) ont été distribuées par les médecins communaux aux consultations gratuites de la ville; ces instructions indiquaient les différentes mesures à prendre pour éviter la contagion de la tuberculose; mais nous croyons que ces mesures, soit par lassitude, soit pour toute autre raison, ont été abandonnées.

Enfin, des œuvres spéciales intéressant les indigènes ont été créées. C'est ainsi qu'au cours de l'année 1906, 4046 indigènes ont été hospitalisés dans les hôpitaux de Saint-Cyprien des Attafs, Michelet et Lavigerie, dont la direction appartient à la Société des missionnaires d'Afrique. Mais ces hôpitaux donnent en réalité peu de soins médicaux aux malades, les médecins faisant défaut; aussi les tuberculeux qui viennent chercher asile dans ces établissements, n'y peuvent trouver aucun soulagement et ils s'en retournent semer dans leurs douars le bacille de la maladie.

Parmi les œuvres privées qui contribuent à l'arrêt de l'extension de la tuberculose, celle des jardins ouvriers,

tout nouvellement créée en Algérie, mérite également une place spéciale. Tout récemment M. l'abbé Lemire, député du Nord, a indiqué dans ses grandes lignes ce qu'est la présente œuvre. Voici un exposé résumé des conférences faites par le député de Hazebrouck en ce qui concerne cette œuvre des « Jardins Ouvriers » (Voir *Dépêche Algérienne*, 5 av. 1907) :

« Essentiellement comme son nom l'indique, elle consiste à unir le travail agricole au travail industriel, à donner à tout ouvrier par la jouissance d'un jardin, le moyen d'occuper sainement ses loisirs et ceux des membres de sa famille, tout en apportant à celle-ci un surcroît de bien-être appréciable...

» Les conditions nouvelles imposées par l'industrie, depuis un siècle, ont profondément modifié les mœurs du monde ouvrier. Abandonnant l'atelier rural et individuel, l'artisan dut se porter vers les agglomérations urbaines qui ne lui offrirent comme gîte que les immenses bâtisses élevées par la spéculation et où semblent exclues les conditions les plus élémentaires et de l'hygiène physique et de l'hygiène morale. »

Aussi les « Jardins Ouvriers » dont le nombre va sans cesse en s'accroissant en France, en 1903 on en comptait 6.453 et 10.000 en octobre 1906, couvrant une superficie de 330 hectares, en détournant l'ouvrier des funestes habitudes du cabaret, rendront encore en Algérie d'immenses services. Ces jardins ouvriers placés sous le haut patronage du président de « La Ligue française du coin de Terre et du Foyer » existent en France à Paris, Blois, St-Etienne, Rouen, Sedan, Lyon. D'autres grandes agglomérations comme Besançon, Boulogne-sur-Mer, Amiens, Reims, Dijon, Tours, voulurent avoir leurs jardins ouvriers. De la France, le mouvement déborda dans toute

l'Europe à tel point qu'aujourd'hui notre pays est à la veille de se laisser dépasser par d'autres, comme l'Italie, l'Allemagne, la Belgique. En Algérie, l'initiative privée recut le baptême officiel, M. le Gouverneur général ayant présidé les conférences faites à Alger à ce sujet. Aujourd'hui ces jardins existent dans la commune d'El-Biar, sise à quelques kilomètres de la Capitale. D'autres jardins sont en projet à Alger, Constantine, Biskra, Bli-dah. Grâce à l'action du comité des « Jardins ouvriers » d'El-Biar, qui travaille depuis quelques mois à implanter l'œuvre dans la colonie, nous espérons que dans peu de temps les indigènes de la colonie suivront le bon exemple. Chez ces derniers, les jardins ne les écarteront pas d'aller au cabaret, l'indigène des campagnes n'ayant pas encore contracté les vices de la civilisation, mais ils leur permettront d'avoir une nourriture plus substantielle et aussi un certain rendement qui leur permettra de subvenir pour une part à leur entretien général.

En outre des différentes œuvres sus-énumérées et mises en action dans la lutte contre la tuberculose, il faut encore citer les œuvres d'hygiène ou d'assistance générale qui ne s'adressent qu'indirectement à la tuberculose. J'entends les œuvres « d'Assistance aux Mères », de « Goutte de Lait », des « Layettes » qui, en portant secours aux mères miséreuses, en fournissant une alimentation rationnelle aux enfants du premier âge, ont une influence prophylactique antituberculeuse indéniable. » (Docteur Crespin. Congrès International de la Tuberculose. Comité Régional de l'Algérie, 1905.)

A côté de ces différentes œuvres, d'autres telles que les « Crèches laïques », celle des « Algérois à la Montagne » soustraient, pendant des journées pour les premières, et pendant les mois rigoureux de l'été pour la seconde de ces

œuvres, beaucoup d'enfants en bas âge et d'adolescents à l'action néfaste de l'insalubrité du logement et de la chaleur de l'été. Ne sont-ce pas là d'excellentes mesures prophylactiques contre la tuberculose ?

Citons encore l'œuvre des « Consultations de nourrissons » inaugurée à Alger, cette année, sous la haute direction de M. le Professeur Rouvier, qui, en réglant la nourriture des tout petits, contribuera pour une grande part sinon à la suppression, tout au moins à la diminution des gastro-entérites trop fréquentes en Algérie qui créent un terrain favorable au développement et à la multiplication du bacille de la tuberculose.

L'œuvre d'assistance professionnelle « Le Travail », fondée par les Israélites d'Alger, arrache les jeunes Juifs aux métiers insalubres (tailleurs, bijoutiers, cordonniers), pour leur donner des métiers manuels capables de former des jeunes gens sains et vigoureux.

Enfin la « Ligue ouvrière antituberculeuse » est encore d'une grande utilité en ce qui concerne la prophylaxie antituberculeuse. Les ouvriers viennent assister en grand nombre aux conférences toujours très écoutées ; et toujours désireux de s'instruire, ils viennent puiser dans ces réunions tous les éléments nécessaires qui les sauvegarderont de la terrible affection. Pareille œuvre d'éducation antituberculeuse est pratiquée à l'intérieur par des médecins de colonisation au moyen d'affiches et de conférences, etc. (D^r Gros, D^r Poujol).

Au point de vue de l'assistance musulmane, les institutions récemment fondées peuvent rendre de grands services en matière de prophylaxie antituberculeuse, bien que ce ne soit pas leur but direct. Nous voulons parler des Infirmeries indigènes. La création de ces infirmeries indigènes dont le nombre va sans cesse en augmentant

(de 50 infirmeries indigènes comprenant 585 lits en 1901, le nombre s'est accru de 17 infirmeries et les lits sont passés au nombre de 1110) est appelée à rendre beaucoup de services aux indigènes. Beaucoup d'entre eux qui autrefois hésitaient à venir consulter le médecin, vont maintenant sans inquiétude lui demander ses soins. Et grâce à cette confiance, non seulement des rapports plus étroits et plus intimes uniront le peuple vainqueur et le peuple vaincu, mais encore, outre que le commerce ira en grandissant, les lois les plus élémentaires de l'hygiène pourront pénétrer chez ce peuple hier encore en pleine barbarie.

Mais si ces infirmeries doivent rendre et peuvent rendre beaucoup de services aux indigènes, il faudrait que tous les indigènes sans distinction pussent se faire soigner dans certaines infirmeries.

Malheureusement, comme je l'ai constaté moi-même au cours d'un intérim de médecin de colonisation, un arrêté par trop draconien d'administrateur met complètement obstacle à la fréquentation des infirmeries par les indigènes. Dans cette commune, en effet, les conditions d'admission sont tellement difficiles à obtenir qu'un seul malade sur 10 qui se présentent a accès dans l'établissement où le médecin peut lui donner les soins que nécessite son état. Mais fort heureusement, toutes les communes ne sont pas dotées de semblables règlements presque inhumains, et chez ces dernières il est agréable de constater avec quelle confiance les indigènes viennent réclamer les soins du praticien.

Voilà ce qui explique pourquoi certains médecins dans certaines localités demandent instamment à l'administration supérieure de doter leur infirmerie d'un nombre de lits plus élevé, tandis que d'autres ne relèvent à la fin

du mois qu'une trentaine de journées de traitement dans un établissement de plus de 15 lits.

Mais les infirmeries dont un agrandissement rapide est nécessaire sont fort heureusement en bien plus grand nombre, là alors il est loisible de constater avec quelle confiance l'indigène vient consulter le médecin ; et c'est grâce à cette confiance que nous verrons s'éteindre, en Algérie, toute ces maladies contagieuses et épidémiques qui font encore tant de victimes dans la colonie ; c'est grâce à cette confiance encore, et aussi il faut le dire à la lutte contre les moustiques, que nous verrons dans l'avenir moins de splénomégales d'origine palustre, la quinine distribuée à profusion en ayant arrêté le développement.

Toutes ces maladies épidémiques, le médecin les jugulera, grâce aux lois de l'hygiène que l'indigène ne méconnaîtra bientôt plus. L'existence de ces infirmeries pourra rendre de réels et grands services, contre l'expansion de la tuberculose chez les Arabes, en isolant ceux d'entre eux qui seraient entachés de cette affection, et en procédant à la désinfection des objets abandonnés par les malades.

Nous verrons dans le chapitre qui va suivre ce qu'il convient de faire pour éviter la contagion dans ces infirmeries, et, nous verrons les frais relativement minimes que devra nécessiter à l'administration, la création d'une salle spéciale pour l'isolement de quelques-uns d'entre ces malades, « des tuberculeux ouverts », c'est-à-dire de ceux-là seuls qui soient susceptibles de transmettre la maladie.

D'autres œuvres également très importantes pour venir en aide aux indigènes, ont été créées encore sous les auspices de Monsieur le Gouverneur Général actuel ; citons : le service des consultations médicales gratuites aux indi-

gènes qui fonctionne régulièrement dans les infirmeries ; enfin, certains médecins de colonisation ou communaux, et même certains médecins libres désignés par l'administration effectuent des tournées périodiques dans les tribus sur les marchés pour donner leurs soins aux indigènes.

Ces consultations et ces tournées gratuites nous feront déceler les tuberculeux que la nouvelle organisation dans les infirmeries que nous préconiserons, nous permettra d'isoler complètement pour éviter la contagion.

Il en est de même pour le service médical pour femmes et enfants indigènes qui est assuré régulièrement par des doctresses à Alger, • Maison-Carrée, Milianah, Oran, Constantine, Bône.

Les femmes indigènes, à qui le médecin ne donnait ses soins que très rarement, n'ont maintenant aucune répugnance à se faire soigner par des personnes du même sexe, et il est intéressant de mentionner que les statistiques relatives à ces consultations vont sans cesse en s'accroissant de nombre.

Les auxiliaires médicaux pourront également contribuer à la prophylaxie antituberculeuse. Ils serviront *d'indicateurs* à l'administration et au médecin de colonisation. Nous savons, en effet, combien les renseignements statistiques concernant la tuberculose étaient difficiles à recueillir en Algérie, surtout dans la population musulmane. Avec les auxiliaires médicaux, ou plutôt désignons-les sous le nom « d'indicateurs médicaux », ayant appris pendant leur séjour à l'École de Médecine d'Alger à connaître la tuberculose quand elle est manifeste, il n'en sera plus de même.

Nous croyons donc qu'au point de vue prophylactique, et la statistique qui nous apprend à connaître le mal est

un des meilleurs éléments de la prophylaxie, nous croyons donc que l'institution des auxiliaires médicaux est fort utile... si toutefois, et sur cela nous ne saurions suffisamment insister... ils n'opèrent pas en dehors des prescriptions du médecin. Mais cette source de difficultés a été prévue par Monsieur le Gouverneur Général, car on sait bien qu'en agissant ainsi, ils commettraient une faute disciplinaire entraînant une répression sans préjudice des peines auxquelles ils s'exposeraient pour exercice illégal de la médecine.

Par ces différentes œuvres toutes dues à Monsieur le Gouverneur Général actuel, et à qui les Indigènes et partant les Européens de la colonie sont redevables de tant de reconnaissance, la tuberculose dépistée pourra sinon disparaître, tout au moins être arrêtée dans son extension.

L'établissement des bureaux de bienfaisance pourra jouer un grand rôle dans la prophylaxie de la tuberculose, ces établissements bénéficient, en effet, pour leur fonctionnement de subventions du Gouvernement, qui sont distribuées aux familles pauvres, soit en espèces, soit en nature, soit encore sous forme de soins médicaux. Sous quelque forme que soient distribués ces fonds de secours, ils peuvent permettre de lutter contre les maladies, en général, et contre la tuberculose en particulier qui, on le sait, frappe plus particulièrement les personnes de la classe pauvre et ouvrière.

Enfin, des œuvres spéciales intéressant les indigènes ont été créées. C'est ainsi qu'au cours de l'année 1906, 4.046 indigènes ont été hospitalisés dans les hôpitaux de St-Cyprien des Attafs, Michelet et Lavigerie, dont la direction appartient à la Société des missionnaires d'Afrique ». Les hôpitaux indigènes construits il y a

12 ans, et dont la direction fut confiée aux Pères blancs et aux Sœurs blanches n'ont pas donné les résultats désirables, surtout parce qu'ils étaient soustraits à la surveillance des médecins. Un récent arrêté de Monsieur le Gouverneur Général a cherché à remédier à cet état de choses, en mettant ces hôpitaux sous le contrôle d'une Commission consultative dont un médecin fait partie. Nous ne pouvons encore en connaître les résultats.»

« Pour ne pas quitter les œuvres dont l'initiative revient à l'administration, nous pourrions mentionner les stations estivales.

» Il est avéré que, en beaucoup de points, le climat de l'Algérie est déprimant en été. Aussi les prédisposés souffrent-ils beaucoup de la saison chaude, qui favorise chez eux l'éclosion de la tuberculose.

» Le Gouverneur Général, en poussant à la création des stations estivales, a voulu ménager près des centres les plus chauds des points où la chaleur soit moins forte et où l'aération soit parfaite. Les familles des colons, les colons eux-mêmes, les indigènes aussi pourront aller de temps à autre séjourner quelque temps, au milieu de l'été, dans ces stations, ce dont leur santé s'accommodera, sans que leurs affaires en souffrent.

» Les stations estivales projetées sont : Ziama, sur la route de Djidjelli à Bougie, sur la côte, et deux stations d'altitude en forêts, l'une dans l'Atlas, l'autre sur un des flancs du massif du Zaccar.» Nous ajouterons, un mot à ce compte rendu du Dr Crespin au Congrès international de la tuberculose, en préconisant comme station estivale, Teniet-el-Had, petite ville sise dans l'Atlas sur le flanc droit de l'Ouarsenis, où les tuberculeux, à une forte altitude et au milieu d'une superbe forêt de cèdres, pour-

raient trouver des conditions éminemment favorables pour cicatriser leurs lésions.

Tel est le bilan des œuvres administratives et privées, d'assistance, qui contribueront sinon à enrayer le fléau menaçant, tout au moins à empêcher en partie son extension.

EFFORTS A ACCOMPLIR

Il n'est pas trop d'employer toutes les ressources dont on dispose dans ce pays pour lutter contre la tuberculose, qui devient de plus en plus menaçante.

Or, si le climat favorise dans une certaine mesure et dans certaines conditions cette lutte, nous sommes loin d'être aussi bien partagés en Algérie qu'en France, où un ensemble de mesures législatives tendent à enrayer le fléau en améliorant l'hygiène générale.

Passons en revue quelques-unes de ces dispositions législatives, et voyons si leur application à l'Algérie n'aurait pas pour effet d'abaisser le taux de la morbidité et de la mortalité tuberculeuses dans la colonie.

Loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique :

Cette loi est la charte de l'hygiène en France. Elle fut élaborée péniblement, et il faut convenir qu'elle n'est pas parfaite. Aussi rencontre-t-elle des difficultés d'application même en France, difficultés que les règlements d'administration publique s'efforcent d'aplanir.

En Algérie, la loi n'a pas encore été rendue applicable

malgré les efforts faits en ce sens. L'article 33 de la loi dit que la présente loi sera applicable à l'Algérie et aux colonies françaises quand un règlement d'administration publique pourra déterminer les conditions d'application. C'est ce règlement d'administration publique qu'une commission instituée auprès de M. le Gouverneur Général, en octobre 1904, fut chargée de préparer. Cette commission, dont faisaient partie les professeurs Brault, Crespin, Moreau, Soulié et le médecin-inspecteur Robert, élabora un projet de règlement qui a dû être soumis au Conseil d'Etat. Jusqu'à présent, cette dernière assemblée n'a pas procédé à l'examen de ce projet, en sorte que la loi est inappliquée dans la colonie.

Des difficultés financières assez fortes s'opposent d'ailleurs à l'application intégrale de la loi.

Ces difficultés se comprennent facilement si l'on se reporte à ce que nous avons dit au début de cette étude sur le régime administratif de l'Algérie. Comment appliquer la loi sans excéder les disponibilités budgétaires des départements et des communes, à ces territoires immenses qui constituent les communes mixtes; comment désinfecter sans frais énormes ces villages kabyles, perchés au sommet des montagnes, ces douars perdus au fond de vallées presque inaccessibles dans certaines périodes de l'année ? Or, la plupart des dépenses de la nouvelle loi sont supportées par le département qui, en Algérie, n'a pas de ressources aussi considérables qu'en France. C'est ce qui est établi dans le rapport de M. le préfet d'Alger au Conseil général (1^{re} session ordinaire de 1904, p. 75). Par contre, l'Algérie, maîtresse de son budget, peut consacrer à la défense sanitaire les sommes que le département ne peut fournir. Il en résulte que le budget d'Etat, c'est-à-dire le budget colonial voté par les Délégations

financières doit être, dans l'application de la loi de 1902, beaucoup plus mis à contribution qu'en France le budget voté par les Chambres, puisqu'en France le budget départemental est mieux doté qu'en Algérie. C'est toute l'économie financière de la loi qui serait bouleversée. Qu'importe ! Les médecins, comme le dit M. le docteur Crespin, ne doivent s'attacher qu'à l'esprit et non à la lettre de la loi et, à l'appui de cette thèse, M. le docteur Crespin citait l'expérience de l'Afrique occidentale, où le gouverneur, M. Roume, a appliqué la loi de 1902, alors que le régime financier de cette colonie diffère plus profondément encore que l'Algérie du régime financier de la Métropole.

En ce qui concerne la tuberculose, il n'est pas douteux que plusieurs dispositions de la loi seraient avantageusement appliquées en Algérie. D'abord celle-ci est un pays chaud et tout le monde sait que l'hygiène générale doit être observée plus rigoureusement dans ces pays que dans les pays tempérés. La vaccination récemment devenue obligatoire et prescrite par la loi, contribuera puissamment à faire disparaître la variole qui, si l'on en croit M. Landouzy, constitue une prédisposition à la tuberculose.

L'organisation d'un service de contrôle et d'inspection prévue par la nouvelle loi, permettra de découvrir et d'assainir certains foyers — urbains ou ruraux — qui transmettent de génération en génération les germes de la maladie tout en les propageant à l'extérieur.

Mais c'est surtout dans la construction des nouveaux immeubles que la loi de 1902 pourra intervenir utilement. Nous avons déjà parlé de cette fièvre de construction qui dévore certaines villes algériennes, comme il est bien naturel dans un pays neuf. Or, les immeubles se construi-

sent sans souci des règles de l'hygiène, ce qui ne pourrait se faire avec la loi de 1902, qui exige un permis de bâtir, constatant que l'immeuble présente au point de vue hygiène des conditions favorables. On pourrait ainsi limiter le nombre des étages dans ces vastes constructions qui sont de véritables casernes, où la population ouvrière s'entasse au détriment de la santé des habitants. L'hygiène du logement est peut-être plus importante que l'hygiène de l'alimentation pour l'ouvrier qui, après le travail opiniâtre de la journée, a besoin de trouver le soir un logis aéré pour goûter un repos vraiment réparateur. Il est certain que ce permis de bâtir pourra difficilement être exigé pour les habitations mauresques de l'intérieur des logis. Va-t-on soumettre aux architectes tous les gourbis, toutes les cahutes que les Arabes des douars édifient pour eux ? Pareille application de la loi serait impossible ; mais il n'en est pas moins vrai que sans entrer dans le détail de ces habitations spéciales, il sera permis de donner un plan général destiné à élever ces habitations dans les meilleures conditions possibles.

Loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite :

Waldeck-Rousseau a signalé depuis longtemps l'importance de cette loi en ce qui concerne la lutte anti-tuberculeuse. Dans une circulaire en date du 15 juin 1901, il s'exprimait ainsi : « Il y a lieu de faire une application aussi large que possible aux tuberculeux de la loi du 15 juillet 1893, et de procéder en ce qui concerne l'assistance aux tuberculeux, comme pour les autres malades... En dehors, ou pour mieux dire, à côté de l'assistance à donner à l'Hôpital et au Sanatorium, les commissions administratives des bureaux d'assistance auront à coopé-

rer très utilement à l'œuvre sociale d'atténuation ou d'arrêt de la tuberculose en recourant à l'institution des Dispensaires dans lesquels les médicaments appropriés au traitement de l'affection seront distribués et pris sur place. »

Or, cette loi n'est pas encore appliquée à l'Algérie ; cependant le décret du 15 décembre 1902 a appliqué à la colonie les articles 6 et 7, réglémentant le domicile de secours en abrogeant une loi de vendémiaire an VII. Cette loi consacre en matière d'assistance les principes de solidarité sociale, en faisant de l'assistance aux indigents une obligation pour les Pouvoirs Publics.

Un des grands avantages de la loi de 1893, c'est de faciliter l'établissement tous les ans d'une liste des indigents de chaque commune.

Le meilleur moyen de pratiquer rationnellement l'assistance, n'est-ce pas de connaître d'abord le nombre des unités à assister ? Il y aurait le plus grand intérêt à dénombrer exactement les tuberculeux d'une région, d'une ville, d'un territoire. La loi de 1893 facilite ce dénombrement, qui est la base même du système qu'elle inaugure. Voilà pourquoi il nous paraît de toute nécessité de l'appliquer à l'Algérie, sous bénéfice de modifications rendues indispensables par le régime financier de la colonie, dernière remarque rappelant ce que nous avons dit à propos de la loi du 15 février 1902. — L'esprit et non la lettre de la loi, voilà ce qui doit pénétrer en Algérie, puisque la lettre ne saurait s'y adapter.

Loi du 27 juin 1904 sur les Enfants assistés. — Auparavant, c'étaient la loi du 15 pluviôse an XIII et le décret loi du 19 janvier 1811 avec, pour la partie financière, la loi du 5 mai 1869, qui réglémentait cette matière. En Algérie, ces dispositions législatives sont encore en

vigueur, mais tout porte à croire qu'elles vont bientôt être remplacées par la nouvelle loi. Sans vouloir passer en revue les titres et articles de celle-ci, signalons quelques-uns d'entre eux, susceptibles de contribuer à la prophylaxie antituberculeuse.

Ainsi : a) le titre II, traitant des enfants secourus, et ayant pour but de restreindre d'une part le nombre des abandons de diminuer d'autre part la mortalité infantile en fournissant à des mères pauvres ce qui est indispensable pour que l'enfant ne succombe pas à des privations.

b) L'art. 21 : « Les pupilles âgés de moins de 13 ans, sont sans exception, confiés à des familles habitant la campagne ».

c) L'art. 61 disait qu'un décret spécial déterminera les conditions d'application de la loi à l'Algérie.

En dehors des gastro-entérites, la tuberculose est la maladie qui fait le plus de ravages, parmi les enfants assistés. Quand ceux-ci sont mal soignés, mal surveillés, ils deviennent facilement la proie de cette maladie.

Par conséquent toute mesure destinée à améliorer le sort des pupilles de l'Assistance sera également efficace contre la tuberculose. Il convient de rappeler à propos de la loi sur les enfants assistés que la loi du 23 décembre 1874 sur la protection des enfants en bas âge (loi Roussel) rencontre en Algérie des difficultés d'application, par suite d'une catégorie spéciale de nourrices, les nourrices musulmanes, qui ne laissent pas pénétrer sans répugnance chez elles le médecin Visiteur. Il serait bon de renforcer le service médical en tenant compte de cette particularité et d'adjoindre aux médecins des femmes doctresses en médecine, qui ont plus facilement accès dans les intérieurs musulmans.

La population ouvrière devenant de plus en plus dense

dans les centres urbains, doit être l'objet d'une protection spéciale ; c'est ce qu'ont fait la plupart des lois ouvrières, actuellement en vigueur dans la métropole.

Ces lois sont presque toutes, mais depuis peu, applicables à l'Algérie, et elles sont mal appliquées, parce que le service de l'inspection du travail est mal organisé. — Alors qu'en France, il y a un corps spécial d'inspecteurs du travail, en Algérie ce sont les contrôleurs des mines qui sont chargés de ces fonctions, et de tels fonctionnaires, déjà surchargés de besogne, n'ont pas le temps de s'assurer que les lois du travail sont exécutées.

Il faut donc demander à ce que les lois ouvrières, qui veillent à l'aération des ateliers, à la limitation de la durée du travail dans certaines conditions, soient appliquées de la même façon qu'en France et avec les mêmes garanties.

La loi sur les habitations à bon marché (loi de 1894) est une excellente loi, tendant à diminuer la morbidité et la mortalité tuberculeuse, en améliorant le logement et surtout le logement ouvrier. Des modifications ayant pour but de rendre cette loi plus généreuse vis-à-vis de ceux qui veulent construire des habitations à bon marché, vont être introduites prochainement. Il serait à désirer que ces modifications fussent immédiatement appliquées à l'Algérie; or, dans ce pays la loi de 1894 est restée lettre morte, et si quelques sociétés d'habitations à bon marché ont pu se constituer, elles n'ont pas abouti à faire édifier des immeubles. S'il y a à Alger quelques cités ouvrières, offrant assez de confortable, et respectant les règles de l'hygiène dans une certaine mesure, elles sont toutes dues à l'initiative privée.

Il serait à désirer que les municipalités intervinssent elles-mêmes pour construire des habitations à bon marché.

Depuis quelques années, des réformes ont été introduites dans l'assistance algérienne ; on sait que dans l'intérieur de l'Algérie, tout le soin de l'assistance repose sur les médecins de colonisation. Ces derniers, en dépit de leur zèle et de leur dévouement, ne peuvent arriver à donner des soins à tous les malades de leur circonscription, qui est souvent énorme.

L'idée de leur adjoindre des auxiliaires indigènes est excellente, puisque ces auxiliaires, pris dans le monde musulman, auront plus facilement accès auprès des Arabes, dont ils connaissent la langue. Ils pourront pénétrer dans les milieux qui restaient fermés au médecin français, et ils signaleront à leur chef, le médecin de colonisation, ce qui se passe au point de vue épidémiologique dans tel ou tel centre, dans telle ou telle tribu, dans tel ou tel douar. Ces auxiliaires seront des indicateurs et pourront par exemple prévenir le médecin de colonisation que la tuberculose fait des ravages considérables dans une région d'où elle émigre pour se propager et faire tâche d'huile dans les régions avoisinantes. La nouvelle organisation de la médecine indigène mérite donc d'être citée comme un des bons moyens de lutte antituberculeuse.

A côté des auxiliaires médicaux, il est bon de rappeler ce que nous avons dit des infirmiers indigènes, d'autant mieux qu'au dernier Congrès International de la tuberculose, le Comité de l'Algérie a mis en avant quelques idées qu'il serait utile, croyons-nous, de reprendre. Dans les infirmeries indigènes il y a des malades de toute espèce mais comme dans tous les centres hospitaliers, les tuberculeux sont loin d'être rares.

Le Docteur Pujol (d'Aïn-Bessem), dans deux excellents rapports insérés dans le volume du Comité de

l'Algérie (Alger 1905, pages 37 et 41) déclare que pour lui la tuberculose serait au moins quatre fois plus fréquente chez les indigènes que chez les Européens, et comme moyens prophylactiques, il préconise la pression constante du médecin français auprès de l'indigène, de manière à éduquer progressivement celui-ci, à modifier ses habitudes séculaires : nourriture grossière et insuffisante, malpropreté et ignorance, négligence des soins corporels, préjugés héréditaires et superstitions etc., etc.

« Or, cette pression, sinon constante, du moins quotidienne du médecin, cette éducation progressive du malade tuberculeux, on pourrait les réaliser assez facilement en annexant à chaque infirmerie indigène une sorte de sanatorium de fortune, dans le genre de ceux que préconise avec succès le Docteur Brunon (de Rouen) ».

« Ce sanatorium, spécialement affecté aux tuberculeux indigènes de tous les degrés, constituerait un service distinct de celui de l'infirmerie proprement dite, mais étant annexé à cette dernière, les dépenses nécessitées pour son fonctionnement ne constitueraient guère qu'en son installation même et en quelques suppléments. »

Cette idée a paru séduisante au comité de l'Algérie et sur la proposition du docteur Crespin, le vœu suivant a été émis : « Considérant que les infirmeries indigènes, en apprenant les musulmans à recourir à des soins intelligents, contribuent à faire pénétrer chez eux les idées de préservation contre la tuberculose ;

» Considérant qu'en isolant un certain nombre de tuberculeux, les infirmeries indigènes facilitent la prophylaxie antituberculeuse ;

» Le Comité régional émet le vœu :

» Que le gouverneur général veuille bien affecter exclu-

sivement à des tuberculeux un certain nombre de ces infirmeries, qui deviendront de véritables sanatoria indigènes. »

Il est évident qu'il faudrait édifier ces sanatoria dans une situation favorable, où les conditions d'aération et d'isolement se rencontrent le mieux. Comme dit le docteur Crespin (volume du comité, page 85) : « Le gouvernement général, qui a attaché son nom à la création des infirmeries indigènes, ne refusera pas de prendre l'initiative des sanatoria indigènes. Le docteur Legendre ne propose-t-il pas des sanatoria pouvant soigner de 4 à 20 malades ? Le gouverneur apporterait ainsi une contribution puissante à la prophylaxie antituberculeuse dans le monde musulman. »

Ces sanatoria seront économiques et simples, comme les infirmeries, mais ils ne sauraient encourir le reproche que l'on a fait en France et en Europe aux sanatoria dits de fortune. Beaucoup — et de grandes personnalités scientifiques — ont reproché aux sanatoria de fortune, de ne pouvoir atteindre le but cherché, en raison des préoccupations d'ordre économique qui préside à leur installation. Pour faire une prophylaxie antituberculeuse sérieuse, disait-on, il faut savoir s'imposer de lourds sacrifices et le sanatorium allemand est le type idéal.

Le débat n'est pas clos entre les partisans et les adversaires des sanatoria, type allemand. Mais ce que l'on peut dire, c'est que le sanatorium indigène, comme nous le comprenons avec le Comité de la Tuberculose, répondrait parfaitement au but que l'on se propose, parce qu'il s'adapterait très bien au monde particulier qu'il doit secourir.

Le sanatorium est d'ailleurs un élément de propagande. Il s'adresse à moins de personnes que le dispensaire

antituberculeux, mais il inculque mieux les préceptes nécessaires, car il a plus de temps pour le faire. Au sanatorium, les malades séjournent ; le propagandiste, l'apôtre, si l'on veut, qui dans l'espèce est le médecin, fait agir d'une manière continue, par conséquent plus efficace.

Dans le dispensaire, les malades passent et reviennent, c'est vrai ; mais entre deux visites, ils ont eu le temps d'oublier ce qu'on a essayé de leur apprendre à la première entrevue.

Le Dr Gros (de Rébeval) pense qu'une bonne mesure prophylactique consisterait à afficher un peu partout des avis en langue arabe et en langue kabyle, dans tous les locaux fréquentés par les indigènes, dans les cafés maures par exemple. Lui-même, à Rébeval, dans l'infirmerie indigène, a fait afficher les recommandations suivantes dans la salle des consultations :

Ne crachez pas dans les maisons.

Cracher dans les maisons est malsain.

Pas bon pour la santé, malpropre, et mal élevé.

« Cette affiche (elle est en arabe), dit le Dr Gros, n'est peut-être pas rédigée en un arabe bien régulier. C'est pourtant le seul que soient capable de comprendre les plus lettrés des indigènes de notre région. »

Cette réflexion est à rapprocher du vœu que M. le Dr Lemaire a fait adopter récemment au Congrès de Pédiatrie d'Alger (avril 1907), tendant à ce que les prescriptions d'ordre hygiénique soient faites aux musulmans non en arabe littéraire, mais en arabe vulgaire qui seul est compris de l'immense majorité des indigènes.

Ce qui vient d'être dit s'applique plus spécialement à

la population indigène de l'Algérie, mais les Européens peuvent également profiter de ces règles ; dans les villes où ils sont très nombreux, alors que dans les campagnes ils sont très clairsemés, les Européens auront avantage à se voir appliquer les lois françaises d'hygiène générale.

Enfin, pour terminer le chapitre des efforts à accomplir, nous dirons un mot de l'organisation de l'hygiène en Algérie, telle qu'on doit la comprendre, telle que de savants médecins la comprennent.

Il a paru nécessaire à beaucoup de créer en Algérie une assemblée qui soit l'analogue du comité consultatif d'hygiène publique en France; sans doute ce dernier peut étendre son action sur tout le territoire français, mais, en ce qui concerne l'Algérie, il ne possède pas toujours tous les éléments d'appréciation suffisants, lesquels ne peuvent se trouver que sur place. A côté de ce comité consultatif d'hygiène publique de l'Algérie, on a demandé qu'une direction de l'hygiène, du travail et de l'assistance, soit instituée auprès du gouvernement général de l'Algérie.

Les organes de centralisation permettraient sans doute d'engager la lutte antituberculeuse avec plus de chances de succès, d'autant mieux qu'ils seraient des agents de combat à l'égard de toutes les causes de propagation et d'éclosion des maladies de toute espèce, susceptibles de ravager l'Algérie.

Ils permettraient peut-être aussi d'avoir une bonne statistique médicale. Depuis quelques années la statistique européenne est en progrès; mais la statistique musulmane est encore bien rudimentaire. Les causes de mort ne sont pas mentionnées par les indigènes; la tuberculose est donc passée sous silence. — Avec, d'un côté, une bonne centralisation administrative, avec d'un autre côté, l'aide

des auxiliaires médicaux qui fourniront les éléments de cette statistique, il est à présumer que cet état de choses changera.

On sait que la loi du 15 février 1902 prévoit avec les Comités d'Hygiène départementaux réorganisés, l'installation de commissions d'assistance de circonscription.

C'est donc la décentralisation à côté de la centralisation. Ces commissions sanitaires de circonscription devront naturellement être instituées en Algérie comme en France, mais il y aurait peut-être lieu de retenir le vœu du comité régional de la tuberculose, vœu consistant à demander qu'il soit créé dans l'intérieur de l'Algérie des comités locaux composés exclusivement d'indigènes capables de renseigner l'administration au point de vue de l'hygiène de leur circonscription. Tous ceux qui étudient les questions d'hygiène en Algérie sont déplorablement impressionnés par le manque absolu de renseignements sur le monde indigène et aussi, hélas, sur le monde européen.

Les quelques vœux que nous avons transcrits reflètent bien cette impression.

On s'est demandé également si un institut d'hygiène dépendant de l'Université ne pourrait pas, en groupant toutes les compétences en matière d'hygiène, améliorer la situation de l'Algérie. On a dit que cet Institut serait voté par les Délégations Financières, dans leur dernière session, mais on ne sait encore rien de certain sur ce projet. Nous avons parlé d'une Direction de l'hygiène auprès du Gouvernement Général. ce serait un organe administratif. Au contraire, un Institut d'hygiène serait un organe technique et pourrait rendre de grands services, en mettant en mouvement l'organe administratif, en provoquant des enquêtes, en déléguant ses membres dans telle ou telle partie du territoire, où une épidémie serait signalée. On

pourrait, grâce à cette coopération, établir pour chaque ville, pour chaque centre de l'Algérie ce que l'on établit dans quelques grandes cités pour chaque maison, un *casier sanitaire*. A l'aide de documents médicaux, démographiques, agricoles, climatiques etc... on pourrait dresser la topographie de beaucoup de villes, de beaucoup de centres ; et des cartes sanitaires permettraient de juger d'un coup d'œil, de la situation épidémiologique de telle ou telle contrée. La tuberculose serait naturellement au premier rang des maladies que l'Institut d'hygiène s'efforcerait de combattre. Voilà pourquoi nous ne pourrions qu'applaudir à cette création, qui serait l'analogue des Instituts célèbres de l'Etranger.

CONCLUSIONS

A. — La tuberculose, rare au moment de la conquête, fait actuellement de nombreuses victimes dans la population indigène et dans la population européenne.

B. — Jusqu'à présent, les moyens de lutte antituberculeuse n'ont été dirigés contre la maladie que d'une manière détournée. Il importe pour enrayer les progrès du mal d'avoir un plan de campagne nettement déterminé.

C. — Les mesures à prendre seront :

1^o D'appliquer : *a*) la loi du 15 février 1902.

b) les autres lois d'assistance.

2^o D'emménager pour cette lutte les infirmeries indigènes, ou de créer de petits sanatoria indigènes.

3^o D'établir une statistique permettant, grâce à un institut d'hygiène, d'être renseigné sur ce qui se passe en Algérie.

4^o De constituer un comité consultatif de l'hygiène publique en Algérie.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 14 décembre 1907.

Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
VIGIÉ.

Vu et approuvé
Montpellier, le 14 décembre 1907.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
